

紫波町商工会健康診断申込書

紫波町商工会 行 (FAX 672-2316/メール hotta@shokokai.com)

所在地	〒 _____	
事業所名	_____	
代表者名	_____	
電話/FAX	(電話) _____	(FAX) _____
ご連絡担当者	(職・氏名) _____	
希望する健診の種類 対象健診に○印をお願いします	1 協会けんぽ生活習慣病予防健診 対象者 35 歳以上の協会けんぽ加入者 参考:5,282 円 (税込)	2 定期健診 対象者 どなたでも受診可 参考:9,757 円 (税込)
7/8 (火)	午前のみ	午前のみ
受診予定人数 ご希望の欄に人数をご記入願います	_____ 名	_____ 名
他オプション希望 ①大腸がん検査 _____ 名 (1,430 円/税込み/定期健診受診の方のみ) ②前立腺がん検査 _____ 名 (1,870 円/税込み/定期・協会けんぽどちらでも可) ③胃部X線撮影 _____ 名 (9,900 円/税込み/定期健診受診の方のみ)		
通 信 欄		
※申込上の注意 「①協会けんぽ健診」をご希望の方は全国健康保険協会より送付されている「生活習慣病予防健診申込書」をあわせて商工会に提出願います。(とりまとめて商工会から予防医学協会に発送しますので、全国健康保険協会に送らないよう願います。)また、生活習慣病予防健診申込書の「健診予約済年月日」は空欄のまま、「健診機関名」には岩手県予防医学協会とご記入願います。		

商工会処理欄

受付日	名簿確認日	備考